# ［看 護 体 験 教 室］参 加　申込書

看護センターで看護の仕事を模擬体験してみませんか！

FAX 0952-68-3603(送信票不要)

申込日　　令和元年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申込者 | 学校名 | | TEL： |
| | 担当者 | ふりがな<br>氏名 | |
| 代表者連絡先 | | 〒　　－<br>住所<br>氏名<br>TEL　　自宅：<br>　　携帯：<br>（日程調整の結果や緊急連絡等のために、お願いいたします。） | |
| 看護体験内容 | | 患者体験や模擬体験を行います。 | |
| | | 基本的な体験<br>・検温、血圧測定、聴診体験<br>・手洗い体験<br>・車椅子移乗、介助体験 | 赤ちゃん人形抱っこ体験、<br>妊婦体験 |
| 体験希望日 | | 令和元年　　月　　日（　　）8/16～8/20 のいずれか。 | |

| 参加者名等 | | ふりがな<br>氏名　（男・女） | 中学か<br>高校か | 学年 | 服サイズ<br>S.M.L.LL |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. | | 中・高 | 年 | |
| | 2. | | 中・高 | 年 | |
| | 3. | | 中・高 | 年 | |
| | 4. | | 中・高 | 年 | |
| | 5. | | 中・高 | 年 | |

※ナース用ユニフォームを着用していただきますので、差し支えなければ、服のサイズをご記入下さい。

公益社団法人　佐賀県看護協会　　〒849-0201　佐賀市久保田町大字徳万 1997 - 1

＊一日 10 名で計画致します。人員がオーバーする場合は、調整させていただきます。

※締め切り日：7 月　5日（金）12 時までに必着（郵送またはファックス）